

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO OU NÃO  
OBRIGATÓRIO DURANTE A SUSPENSÃO DAS ATIVIDADES PRESENCIAIS.**

Eu, nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Endereço Rua/Av.: \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Matrícula: \_\_\_\_\_  
Fones: Res.( ) \_\_\_\_\_ Com.( ) \_\_\_\_\_ Cel.( ) \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

**DECLARO**, para os devidos fins de direito, que fui orientado pelo CENTRO UNIHORIZONTES e estou ciente da situação epidemiológica de pandemia da COVID-19 (coronavírus), mesmo ciente acerca do alto grau de transmissibilidade que é acentuada pelo contato e aglomeração em locais fechados decidi realizar o estágio de forma presencial, assumindo a responsabilidade por adotar cuidados recomendados pelos órgãos de saúde, no que diz respeito aos riscos causados pela pandemia de COVID-19, assim isentando o Instituto Novos Horizontes de Ensino Superior e Pesquisa Ltda e/ou seus representantes legais de quaisquer responsabilidades.

Informo que gozo de boa saúde e não possuo qualquer sintoma relacionado ao COVID-19 (coronavírus) encontrando-me em perfeitas condições de executar meu estágio. Comprometo-me, em caso de aparecimento de sintomas, que comunicarei o supervisor/orientador do estágio e não irei comparecer ao local de estágio pelo período 15 (quinze) dias.

(  ) **Estudante do grupo de risco** - Declaro que apesar de ser do grupo de risco da Covid-19 desejo realizar o estágio de forma presencial, isentando o Instituto Novos Horizontes de Ensino Superior e Pesquisa Ltda e/ou seus representantes legais de quaisquer responsabilidades.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do Estagiário

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal  
(assinar quando menor de idade)